

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Мазифарова К.Р. студентка 502 гр.стом. фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Абдуазимов А.А., кафедры повышения квалификации по направлению: ортопедическая стоматология
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность контроля качества ортодонтической помощи обусловило проведение анализа претензий со стороны пациентов в ходе и после проведенного ортодонтического лечения. Определены основные группы нарушений со стороны лечащих врачей, мотивирующие пациентов обращаться с жалобами и претензиями

Цель: Усовершенствовать ортодонтическое лечение. Ортодонтическое лечение, это то что, в первую очередь, позволяет выглядеть и воспринимать себя лучше и, возможно, улучшает способности к социальному взаимодействию с другими людьми

Материал и методы исследования: Обследовано количество обращений пациентов на консультацию к ортодонту по поводу недовольства состоянием зубочелюстной системы после или во время ортодонтического лечения.

С 2019 по 2021 гг. в поликлинику детской стоматологии и ортодонтии ТГСИ для консультации ортодонта обратилось 500 пациентов, в том числе 101 по поводу недовольства ортодонтическим лечением. Восемь случаев рассматривались с точки зрения экспертной оценки по требованию Министерства здравоохранения РУз и судебно медицинской экспертизы.

Среди 101 обратившихся по - поводу недовольства ортодонтическим лечением 40 лиц мужского пола и 61 - женского. В 45 % случаев инициатором обращения были врачи-стоматологи смежных специальностей: пародонтологи, терапевты и ортопеды стоматологи, 28% обратились по собственной инициативе и в 25 на консультацию направил ортодонт.

Две трети пациентов - (1 группа) обратились на консультацию на этапе ортодонтического лечения в различных клиниках г. Ташкента и треть обратившихся -(2 группа) - после его окончания.

Результаты: Установлено что, вопросы и жалобы у этих пациентов различались. В 1 группе преобладали вопросы, свидетельствующие о недоверии к лечащему ортодонту. На первом месте по частоте (41 чел.) был вопрос о необходимости удаления 1 или нескольких зубов. Во- вторых 57 спрашивали как часто нужно менять дуги и зачем их нужно менять. Следующим по частоте (20 чел из 73) был вопрос о том, «ровно ли наклеены брекеты». Одинадцать пациентов из 73 спрашивали насколько правомерно использование косых эластических тяг на этапе лечения, потому что «от них возникает боль в суставе». Четыре пациента обратились с просьбой написать план лечения для своего лечащего ортодонта что бы он их «правильно лечил».

Закключение: Таким образом анализ случаев позволил сделать следующие

ВЫВОДЫ:

1. Отсутствие полного диагностического обследования (ТРГ, ОПТГ, морфометрический анализ по КДМ);
2. Ошибки в диагнозе (гнатическая или зубоальвеолярная форма аномалии)
3. Пренебрежение консультированием со специалистами смежных специальностей до начала ортодонтического лечения (пародонтолог, терапевт-стоматолог, челюстно-лицевой хирург, хирург-стоматолог)
4. Отсутствие планирования этапов диагностики и лечения (необоснованное удаление или не удаление отдельных зубов).
5. Пренебрежение установлением конструктивных личностных взаимоотношений врач - пациент.

Отдельную группу составляют дефекты, касающиеся ведения документации, в частности медицинской карты стоматологического больного.

Для того чтобы ортодонтическое лечение можно было считать успешным, должны быть достигнуты объективные и субъективные цели, поставленные в начале лечения.

Ортодонт определяет объективные цели, а пациент решает, достигнуты ли его субъективные пожелания.

Отношение пациента к лечению и к рекомендациям врача после его завершения является важным условием поддержания стабильного положения зубов в ретенционном периоде.

Качество проведенного ортодонтического лечения можно объективно оценить путем сравнения степени выраженности признаков зубочелюстных аномалий до начала ортодонтического лечения и по его завершении. По изменению степени выраженности можно судить об эффективности проведенного лечения.

Проблема повышения эффективности лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых с болезнями периодонта остается актуальной вследствие вызываемого ими резкого ухудшения состояния тканей периодонта, высокого процента осложнений в процессе и после ортодонтического лечения, большой склонности к рецидивам, необходимости адаптации пациента к несъемным ортодонтическим аппаратам, что, несомненно, ухудшает результаты и качество лечения.

Также не предложены основные критерии клинической экспертной оценки качества ортодонтической стоматологической помощи, которые бы легли в основу концептуальной модели клинических стандартов качества исправления зубочелюстных аномалий.

Однако, обязательная к заполнению медицинская документация Учетная форма N 043-1/у, утвержденная приказом Минздрава Республики Узбекистана от 15.12.2014 N 834н, минимизирует риски врачебных ошибок.

Высокий уровень правовой грамотности, профессионализм, высокое качество мануальных навыков и клинического мышления врача, а также правильно оформленная медицинская документация служили и служат основной защитой специалиста от исков со стороны пациентов.

Литература

1. Арипова, Г., et al. "РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УЧЕТОМ ТИПА РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ." Медицина и инновации 1.4 (2021): 421-425.
2. Saidaloevich, Murtazaev Saidmurodkhon, Dismukhamedov Makhmud Zakirovich, and Murtazaev Saidazim Saidagzamovich. "Ethnic aspects of orthognathic bite." European science review 7-8 (2015): 80-84.
3. Арипова, Г. Э., et al. "ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ПРИКУСА."
4. Нигматов, Р. Н., and Г. Т. Калменова. "Состояние слизистой оболочки полости рта у больных с гипертонической болезнью." Новое в стоматологии 4 (2001): 78-80.
5. Шомухамедова, Ф., et al. "ОЧИҚ ИСИРИКЛИ БЕМОРЛАРГА ТАШХИС ВА УЛАРНИНГ ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ." Stomatologiya 1.1 (78) (2020): 37-40.
6. Арипова, Г. Э., Расулова, Ш. Р., Насимов, Э. Э., & Акбаров, К. С. ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ПРИКУСА.

«УДАЛЯТЬ?» ИЛИ «НЕ УДАЛЯТЬ?». МЕТОДИКА РАСЧЕТА ИНДЕКСА УДАЛЕНИЯ ПО АНАЛИЗУ КИМУ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ

Миржонова А.М. студент 505-А гр.стом.фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Расулова Ш.Р., ассистент кафедры ортодонтии и
зубного протезирования*

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Вопросы «Удалять?» или «Не удалять?» малые коренные зубы для исправления неправильного прикуса уже давно стали большими спорными темами для обсуждения многими ортодонтами в истории ортодонтии. Существует множество аналитических методов и критериев, помогающих в диагностике различных зубочелюстных аномалий. Одним из наиболее точных и достоверных методов является методика расчёта экстракционного индекса (БХ)анализа поКим .

Цель исследования. Определить эффективность использования методики расчета индекса удаления (ЕІ) по анализу Ким при планировании лечения пациентов с дистальным прикусом.

Материал и методы. Для исследования были отобраны 8 пациентов с дистальным прикусом, 4из которых имели выпуклый профиль и остальные 4 имели плоский профиль.

Проведены антропометрические, фотометрические и рентгенологические методы исследования. Помимо классических видов анализа цефа по методу Ким